



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Derly Judaissy Díaz Rodríguez

**Desenho e implementação de um programa de apoio à cessação do
tabagismo na população adulta rural do distrito da Posse – Petrópolis RJ**

Rio de Janeiro

2015

Derly Judaissy Díaz Rodríguez

Desenho e implementação de um programa de apoio à cessação do tabagismo na população adulta rural do distrito da Posse – Petrópolis RJ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Dr. Paulo Cavalcante Apratto Junior

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

Trata-se de um estudo de intervenção cujo alvo é a população rural adulta do distrito da Posse, no município de Petrópolis onde existe uma alta prevalência de adultos fumantes com e sem comorbidade que precisam ser acompanhados no processo do abandono do hábito do tabagismo. O programa será adaptado as necessidades e recursos locais e será coerente com as políticas antitabagismo do Sistema Único de Saúde (SUS) e a estratégia de Saúde da Família. A metodologia será as abordagens breve, mínima e intensiva por parte da equipe de saúde, de maneira individual e / ou grupal, fazendo uso de sessões grupais e individuais planejadas através da abordagem cognitivo comportamental e tratamento farmacológico quando indicado, visando também à prevenção da recaída. Se espera implementar um programa estruturado individual e grupal de apoio esperando diminuir de maneira estatisticamente significativa o consumo de tabaco, e a morbidade e mortalidade associadas ao fumo como meta a curto, médio e longo prazo na população da área de abrangência da Unidade de Atenção Básica, e ao final contribuir a melhorar a qualidade de vida dos moradores da Posse mediante a aplicação de medidas antitabagismo baseadas na evidência e a promoção de hábitos saudáveis.

Descritores: Tabagismo; Programa; Cessação, Adulto; Rural.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	3
1.1	Situação Problema	4
1.2	Justificativa	4
1.3	Objetivos	4
	Objetivo Geral	6
	Objetivo Específico	6
2.	REVISÃO DE LITERATURA	7
3.	METODOLOGIA	20
3.1	Público-alvo	20
3.2	Desenho da Operação	20
3.3	Parcerias Estabelecidas	25
3.4	Recursos Necessários	25
3.5	Orçamento	26
3.6	Cronograma de Execução	26
3.7	Resultados Esperados	28
3.8	Avaliação	28
4.	CONCLUSÃO	30
	REFERÊNCIAS	31
	ANEXOS	35

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo de intervenção clínica que responde à necessidade de implementação de um programa de apoio à cessação do tabagismo em uma população rural do município de Petrópolis RJ. Este trabalho é requisito para a conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado através da parceria da Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Diante de um número de pacientes tabagistas bastante significativo, pois segundo o levantamento estatístico feito na comunidade da equipe de saúde (Posse I, desde outubro de 2014 até março de 2015) através da consulta médica e os dados recolhidos da população com a mediação dos agentes comunitários de saúde (de uma população de 3.449 pertencentes a 1.006 famílias – DATASUS 08 de abril de 2015) há 2684 adultos, e destes uns 465 são fumantes (17,3 % dos adultos, além dos fumantes passivos nos quais também haverá risco de doenças secundárias ao fumo.

A prevalência de tabagismo no Brasil tem diminuído desde o ano 1989 com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição onde se estimou que 34,8 % dos brasileiros com idade acima de 18 anos eram fumantes, embora já na Pesquisa Especial de Tabagismo (2008) o percentual foi de 18,5% e na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) representaram 14,7 % (fonte: Secretaria-Executiva da CONIQ, 2015), Também de acordo com o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – 2013), cada vez mais se reconhece irrefutavelmente o tabaco como causa única maior evitável de morte e múltiplas doenças no mundo adicionalmente ao reconhecimento como droga, ou seja que causa dependências nos seus usuários dificultando o abandono do seu uso.

Menciona-se especialmente o tabaco como a principal causa do câncer de pulmão (aproximadamente 90% dos casos), sendo o mais comum tipo de câncer no mundo e a sua vez, a causa mais comum de morte por câncer: nas últimas décadas. O 58% acontece nas regiões menos desenvolvidas, havendo 178.000 casos na região das Américas, para o caso do Brasil uma incidência estimada de 34.270 casos.

1.1 Situação-problema

Alta prevalência de tabagismo na população adulta do distrito (rural) da Posse e de doenças associadas ao fumo.

1.2. Justificativa

No Brasil um terço da população adulta fuma, a percentual de pessoas fumantes (usuárias de tabaco fumado) de 15 anos ou mais na Região Sudeste estimada foi de 16,7 %, 20,4% dos homens e 13,3 % das mulheres, para o caso do estado de Rio de Janeiro 15,2 % (IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008); a zona rural (segundo a situação de domicílio) é a que tem maior número de fumantes, salientando-se que segundo o nível de instrução exposto em anos de estudo, as proporções mais expressivas de fumantes estavam entre as pessoas sem instrução o com menos de um ano de estudo (25,7% no país), além do mais, conforme o rendimento domiciliar per capita 65.8 % encontra-se entre um salário mínimo e “sem rendimento”.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), publicou em 2012, referindo-se às políticas no Brasil que “as ações para o controle do tabagismo no Brasil já salvaram 420 mil vidas (...) e caso não tivesse implementado nenhuma ação

Para o caso da área de abrangência da nossa equipe de saúde baseando-nos na população cadastrada, temos um estimativo de fumantes 17,3 % na população adulta (inquérito e análise próprio).

Justifica-se a abordagem dos pacientes fumantes na premissa do tabaco como droga, causador de dependência, causa direta de morte e múltiplas patologias incluindo as oncológicas ademais do efeito negativo sobre os fumantes passivos (que inclui as crianças).

Assim, torna-se necessário oferecer ao público usuário do Programa Saúde da Família um programa de acompanhamento ao abandono do fumo, que esteja perto do domicílio, com a Equipe que também acompanha em outros programas de promoção da saúde e prevenção da doença e tem um conhecimento mais aproximado da realidade local, os recursos e as condições dos moradores assim como das relações entre os membros da família e o entorno social, pelo mesmo fato de prestar atendimento aos diferentes grupos etários nas diferentes etapas do ciclo da vida. Considerando que a baixa renda dos moradores é também um impedimento para o acesso aos serviços especializados.

O programa a ser oferecido terá como fundamento o “tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde”, apoiado nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, no entanto será adaptado às condições locais e os profissionais com que a equipe de saúde conta (núcleo antitabagismo), isto para se articular à luta mundial contra o fumo da qual o Brasil é um membro reconhecido e somar-se ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não- Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2020 (Ministério da Saúde).

Por último, é importante assinalar que os programas contra a dependência da nicotina têm grande impacto sobre os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde (Caderno de Saúde Pública, número 26).

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Oferecer à população rural do distrito da Posse, um programa de apoio do tratamento ao fumante na rede SUS, a partir da Estratégia Saúde da Família na UBS Posse.

- Objetivos específicos

1. Adaptar as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA e o Ministério da Saúde às necessidades e recursos da população rural fumante adulta e usuária da UBS Posse.
2. Contribuir à expansão da oferta do tratamento do fumante na rede SUS através da implementação de um programa local de apoio à cessação do tabagismo coordenado pela equipe de saúde como núcleo de tratamento com o suporte (caso seja necessário) de outros profissionais da rede.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O tabagismo como dependência:

O tabagismo, é classificado como “dependência de nicotina e está incluído no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde. O DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) descreve os transtornos do uso do tabaco, com o principal critério diagnóstico de “padrão de uso problemático do tabaco levando a prejuízo clinicamente significativo ou desconforto, definidos pelos menos dois dos seguintes, em período de 12 meses:

- O tabaco é usado geralmente em quantidades maiores ou por períodos mais longos que os pretendidos.
- Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos de reduzir ou controlar o uso de tabaco.
- Muito tempo gasto em atividades necessárias para obter ou usar o tabaco.
- Craving, ou forte desejo ou urgência de usar tabaco.
- Uso recorrente de tabaco resultando em falha no cumprimento de importantes obrigações no trabalho, escola ou casa.
- Uso continuado do tabaco apesar de ter problemas persistentes ou recorrentes sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelos efeitos do tabaco.
- Atividades importantes, sociais, ocupacionais ou recreativas abandonadas devido ao uso do tabaco.
- Uso recorrente do tabaco em situações em que é fisicamente perigoso.

- Uso do tabaco é continuado apesar de ter um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo tabaco.

- Tolerância, definida por um dos seguintes:

- a. Necessidade de acentuado aumento nas quantidades de tabaco para atingir o efeito desejado.

- b. Um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.

- Abstinência, manifestada por um dos seguintes:

- a. A síndrome de abstinência característica do tabaco.

- b. O tabaco (ou substâncias relacionadas, tais como nicotina) consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Especificadores:

- Em remissão precoce: Depois de preencher critérios para o transtorno acima, não preencheu nenhum critério por pelo menos 3 meses, mas pelo menos tempo do que 12 meses, com exceção do craving, que pode estar presente.

- Em remissão mantida: Depois de preencher critérios para o transtorno acima, já não preenche nenhum, com exceção da possibilidade de craving por 12 meses ou mais.

Especificar se: Em terapia de manutenção, ou em ambiente controlado.

O tabagismo como epidemia mundial

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS, os Centros de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) e demais parceiros criaram em 1988, o Sistema Mundial de Vigilância de Tabagismo (Global Tobacco Surveillance System – GTSS), para apoiar os países no desenvolvimento de um sistema de vigilância e no monitoramento de programas de controle do tabaco.

A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (CQCT da OMS) foi elaborada em resposta à epidemiologia global do tabagismo. Suas diretrizes são o alicerce para os países implementarem ações de controle de tabaco, além de estabelecerem uma linha de base para reduzir tanto a oferta quanto a demanda de tabaco.

A OMS criou então o **MPOWER**, um plano de medidas relacionadas com a redução da demanda contidas na CQCT da OMS: **M**: Monitorar o consumo de tabaco e as políticas de prevenção e controle de tabaco, **P**: Proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco, **O**: Oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco, **W**: Warn (advertir) sobre os perigos do tabaco. **E**: Enforce (Fazer cumprir) a proibição da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco, **R**: Raise (Aumentar) o preço e os impostos sobre os produtos de tabaco.

O tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS)

El tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria número 1035/GM, de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/Nº 442 de 13 de agosto de 2004. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo à Atenção Básica e Média Complexidade da

rede do SUS, incluem no elenco de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) aqueles referentes ao tratamento do tabagismo e aprovam o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS (Portaria SAS/MS/ Nº 442/ 2004 e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina), depois revogadas pela Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013.

Estas portarias definiram também que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação.

A Portaria nº 571 de 5 de abril de 2013, atualiza logo as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

As estratégias para promover o abandono do tabagismo, validadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), consistem em terapias cognitivo-comportamentais e farmacológicas. As primeiras podem ser praticadas com abordagem dos pacientes individualmente ou em grupos, havendo alguma evidência de que a segunda é mais eficaz, pois, segundo Hajek et al., intervenções em grupo têm mostrado mais resultados.

A caracterização dos pacientes em relação ao grau de dependência de nicotina pode ser empregada na eleição do tratamento mais apropriado. Os fumantes com elevada dependência, além da abordagem cognitivo-comportamental, necessitarão de terapia mais intensa, inclusive farmacológica para que se obtenha êxito no abandono do tabagismo.

Avaliação da dependência – abordagem psicológica

Diversos instrumentos têm sido usados para avaliar o grau de dependência à nicotina. O teste de dependência mais utilizado pela facilidade e baixo custo para sua aplicação é o “teste de dependência à nicotina de Fagerström (FTND)”.

A implicação dos modelos psicológicos no tratamento da dependência química, uma das contribuições mais importantes tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James O. Prochaska e col (1979), em que pontua determinadas etapas de motivação pelas quais a pessoa passa ao longo do processo de mudança (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006). Por meio da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança; Prochaska inclui em seus estudos as seguintes teorias: Cognitivo-comportamental, existencial/humanista, psicanálise e gestalt/experiencial. No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias teriam suas limitações e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas. Diante de tal análise, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico”, e teve como seu principal pressuposto o fato de que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ao contrário de outras abordagens, que se concentram nas influências sociais ou biológicas do comportamento. Este modelo está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental ocorre ao longo de um processo no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança. Inicialmente idealizaram-se quatro estágios: Pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio da contemplação o da ação, as pessoas passavam

por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse período foi denominado determinação ou preparação e passou a ser incluído como o terceiro estágio.

No estágio de pré-contemplação, não se observa nenhuma intenção de mudar comportamentos-problemas e, geralmente, a existência de um verdadeiro problema é completamente negada. Os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança, e, quando o fazem, em geral são impelidos por motivos externos, como encaminhamento pela família. Mesmo quando eles iniciam tratamentos, evidenciam uma ativa resistência à mudança. Eles simplesmente admitem seus defeitos e interrompem qualquer possibilidade de mudança comportamental (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994).

No estágio de contemplação, a pessoa admite ter um problema e considera possibilidades de mudança, mostrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Porém, possuem como principal característica a ambivalência. Possuem uma evidente vontade de mudar, entretanto, surgem momentos de ansiedade e de dúvida que enfraquecem sua força motivacional. No momento em que os contempladores iniciam a transição para o estágio de preparação, observam-se duas mudanças específicas: o estabelecimento de um foco na solução de problemas e o pensamento direcionado para o futuro, ou seja, não mais para o passado (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994).

O estágio de determinação ou preparação é marcado pelo “planejamento”. Há uma melhor conscientização do problema e o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança. Um aspecto importante para o sucesso dessa etapa é a necessidade de tornar pública a intenção de mudar. Nessa etapa, não há, necessariamente ações ocorrendo concomitantemente. A pessoa no estágio de preparação instituir um número de pequenas mudanças comportamentais.

No estágio de ação, a pessoa inicia explicitamente a modificação de seus comportamentos-problema. A ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, e as mudanças realizadas nesse estágio são muito mais visíveis do que as realizadas durante outros estágios. Nesse contexto, a maioria das pessoas, inclusive terapeutas, iguala equivocadamente, o estágio ao sucesso da mudança. É necessário que o indivíduo tenha consciência de que é preciso haver uma manutenção das mudanças realizadas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994).

O estágio de manutenção é o grande desafio da mudança. A estabilização do comportamento em foco é a marca desse estágio. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no estágio de ação, além de um esforço contínuo para prevenir possíveis lapsos e recaídas. Sem um forte compromisso no estágio de manutenção, a pessoa poderá ter recaídas. (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1994).

Também existe um sexto estágio, segundo Miller e Rollnick (2001), o da recaída, no qual a tarefa do indivíduo seria voltar a circular pelos demais estágios. A recaída é normal e prevista quando se busca uma mudança de comportamento por um longo prazo.

O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, pois seus estágios são compreendidos como fazendo parte de uma “espiral”, na qual a pessoa pode se movimentar de um estágio para outro sem uma ordem estabelecida (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006).

Outro conceito fundamental no MTT é a prontidão, indica uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento, apresentando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e o estabelecimento de um foco de motivação. Segundo DiClemente, Schlundt e

Gemmell (2004), existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão: Prontidão para mudança e prontidão para o tratamento.

A prontidão para mudança foi conceituada como uma integração entre a conscientização da pessoa em relação ao seu problema e a confiança em suas habilidades para mudar (fortalecimento da auto-eficácia). Em quanto, a prontidão para tratamento focaliza a motivação para procurar ajuda e para iniciar, manter e terminar um tratamento (DICLEMENTE; SCHLUNDT; GEMMELL, 2004).

São exemplos de escalas para avaliar os estágios de mudança, a escala SOCRATES e a URICA.

Stephens, Cellucci e Gregory (2004) avaliaram, através da URICA, adolescentes usuários de tabaco, para ver quanto esses adolescentes estavam preparados para a cessação do comportamento-problema. Após a aplicação, os adolescentes que pontuaram mais no estágio de ação e/ou manutenção foram os que realizaram as mudanças mais concretas em seu hábito de fumar. Outra pesquisa com a URICA, foi feita por Amodei e Lamb (2004) em usuários de tabaco.

Fiore e cols. (2000), expõem estratégias (de enfrentamento) para pacientes preparados para deixar de fumar, estas foram adaptadas para o nosso médio, incluem: Terapias psicossociais, desenvolver habilidades para a resolução dos problemas, apoio da equipe de saúde, apoio social a familiares e amigos.

Abordagem farmacológica

Farmacoterapia como recurso adicional no tratamento do tabagismo, quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de elevado grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidência de eficácia são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos.

A terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de primeira linha enquanto que a nortriptilina e a clonidina são os fármacos de segunda linha no tratamento.

A TRN tem como objeto a substituição da nicotina do cigarro por meio de doses menores e seguras, reduzindo a fissura e outros sintomas de abstinência. Todas as formas de TRN são eficazes na cessação do tabagismo, podendo praticamente dobrar a taxa de cessação no longo prazo quando comparadas ao placebo, grau/nível A de evidência.

Existem duas formas de apresentação da TRN: Liberação lenta (adesivos transdérmicos) e liberação rápida (goma, inalador, spray nasal e pastilhas). A eficácia das diferentes apresentações é equivalente, mas a adesão ao tratamento é maior com o adesivo, grau/nível A de evidência. Estão disponíveis no Brasil apenas os adesivos e as gomas.

A facilidade de modificar as dosagens permite ao médico individualizar as prescrições de acordo com as necessidades dos pacientes. Isso torna a TRN uma boa e segura opção terapêutica. As taxas de abstinência do tabaco são maiores quando a TRM é usada em combinação com outros tratamentos, incluindo o treinamento de habilidades, grau/nível A de evidência.

Os fármacos na terapia de cessão do tabagismo: Existem critérios para utilização da farmacoterapia, esses são:

- Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia.
- Fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia.
- Fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional.
- Fumantes que já tentaram para de fumar apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência.
- Não haver contraindicações clínicas.

O cloridrato de bupropiona é um antidepressivo atípico de ação lenta, recomendado pela FDA (Food and Drug Administration) como medicamento de primeira linha no tratamento do tabagismo. Diversos estudos têm mostrado, de modo consistente, a efetividade da bupropiona no tratamento da dependência à nicotina, grau/nível A de evidência. Seu mecanismo de ação poderia ser explicado pela redução do transporte neuronal dos neurotransmissores: Dopamina e noradrenalina, ou do antagonismo aos receptores nicotínicos, levando à redução da compulsão pelo uso de cigarros. Embora, relevante, o tratamento da comorbidade depressiva não explica completamente o seu efeito.

O tartarato de vareniclina, a vareniclina foi desenvolvida para produzir efeitos semelhantes à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos. O desenvolvimento da vareniclina foi baseado no alcaloide citisina, que ocorre naturalmente e havia mostrado efeito agonista parcial para os receptores

colinérgicos alfa 4 beta 2. A citisina vem sendo utilizada há várias décadas, especialmente na Bulgária e em alguns países de Europa central e do leste. A vareniclina, tem sido considerada uma droga eficaz, segura e bem tolerada nas doses recomendadas para os pacientes em processo de cessação do tabagismo. Seu uso regular tem sido associado, em ensaios clínicos controlados, a taxas de abstinência significativamente maiores do que o placebo, a bupropiona e a TRN.

A terapia combinada, certas combinações de fármacos de primeira linha como a bupropiona e a TRN, têm demonstrado efetividade na cessação do tabagismo. Os resultados sugerem que, embora a terapia combinada seja melhor do que a TRN sozinha, ela foi equivalente apenas à monoterapia com bupropiona.

A despeito da melhora das taxas de cessação, ainda não está muito claro o quando essas combinações podem ser eficazes para ajudar na cessação do tabagismo. AS combinações com comprovação de eficácia são: Uso prolongado de adesivos de nicotina (acima de 14 semanas) + outra terapia de substituição de nicotina, ou adesivos de nicotina + inaladores de nicotina, ou adesivo de nicotina + bupropiona.

Outras abordagens específicas

Haverá abordagem de grupos específicos para mulheres, gestantes, crianças e adolescentes, médicos fumantes, idosos, pacientes hospitalizados, pacientes com comorbidade psiquiátricas, pacientes com outras comorbidade e pacientes tabagistas em recaída segundo as suas necessidades particulares (Diretrizes para cessação do tabagismo 2008 – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia).

Ditos sejam de passo, alguns fatores que dificultam a cessão, a saber: A baixa motivação, a síndrome de abstinência e grau de dependência, a personalidade e a presença de doenças psiquiátricas, as alterações no peso corporal, entre outros.

Tipos de abordagens

A abordagem e tratamento do fumante (consenso: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer - INCA - e Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev – Divisão de Controle do Tabagismo, 2001) divide as abordagens em: Breve/ mínima: três minutos (PAAP), básica: três a dez minutos (PAAPA), específica/ intensiva: Acima de dez minutos, e abordagem do não fumante.

1. Abordagem breve/mínima: Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar; sem, no entanto, acompanhá-lo nesse processo.
2. Abordagem básica: Consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar, pode ser feita por qualquer profissional da saúde durante a consulta de rotina, com duração mínima de três minutos, e no máximo, cinco em média, em cada contato.
3. A abordagem intensiva tem mostrado a maior taxa de abstinência estimada.

Quando é realizada a abordagem intensiva ela poderá ser individual ou em grupo, se for o caso de ser feita em grupo, trata-se de consultas ou reuniões de 90 minutos, quatro sessões semanais, seguidas de duas sessões quinzenais e logo após uma sessão mensal até o terceiro mês. Do terceiro até o duodécimo mês haverá sessões mensais de manutenção de uma hora de duração (individual ou em grupo aberto) (consenso: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer - INCA - e

Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev – Divisão de Controle do
Tabagismo, 2001).

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

População adulta fumante cadastrada na USB Posse (do Município de Petrópolis –RJ).

3.2 Desenho da operação

Previamente realizou-se capacitação informal com toda a equipe de saúde através do programa de tabagismo da Secretaria de Saúde do município. Houve capacitação formal para o médico e a enfermeiras via online certificada pelo Ministério de Saúde – SUS (16 horas).

Inicialmente foi feito uma reunião com toda a equipe da ESF para a explicação do projeto de intervenção, durante essa reunião ficou definido o papel de cada integrante na execução do projeto.

A recollecção de dados estatísticos para a pesquisa: Iniciou-se no mês de outubro de 2014 sendo feitos os registros dos pacientes fumantes adultos cadastrados na área de abrangência da UBS Posse, obtidos através das histórias clínicas, as consultas médicas ambulatoriais da Estratégia Saúde da Família, e os registros realizados nas visitas domiciliares dos agentes comunitários em saúde mediante entrevistas não estruturadas e inquéritos, o processo de obtenção destes dados foi apurado (eliminando as duplicidades) em fevereiro de 2015 nas reuniões da equipe.

O número total de pacientes cadastrados foram 3.440 (segundo DATA-SUS consultado no dia 08 de abril de 2015), dos quais 465 são adultos fumantes.

No mês de março levou-se a cabo três reuniões para os pacientes adultos fumantes (que tiveram interesse em parar de fumar) em diferentes dias e horários convidados previamente pelos agentes comunitários, estas reuniões se realizaram na UBS no salão de reuniões. Explicou-se aos pacientes o motivo da reunião a proposta de apoio à cessação ao tabagismo a ser desenvolvida na Unidade para os usuários do SUS, além de se expor argumentos médicos para deixar de fumar (assistiram ao redor de 50 pacientes).

Convocou-se para uma avaliação clínica – médica e laboratorial em três dias diferentes do mês (março) que seguiu as indicações e o formato modelo do “Programa Nacional do Controle do Tabagismo” (Anexo ficha), onde se avaliou o estado clínico atual, a história do tabagista, o grau de dependência (através do Teste de Fagerström para dependência à nicotina (FTND), e o grau de motivação para parar de fumar através do Modelo Transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente, além de outros antecedentes relevantes, e foram solicitados radiografia de tórax, ECG, e hemograma e bioquímica sanguínea.

A seleção de pacientes para serem inseridos na abordagem intensiva grupal obedeceu aos seguintes critérios:

1. Adesão voluntária (verbal).
2. Desejo de parar de fumar.
3. Contar com o tempo para comparecer às reuniões com a equipe de saúde nas datas e horários propostos.

Critérios de exclusão do grupo piloto:

1. Gravidez.
2. Ser menor de idade.

Priorizou-se a presença de patologias associadas: DPOC, Hipertensão, Diabetes, Câncer e outras que sob critério médico poderiam agravar o estado do paciente caso não parasse de fumar logo.

Após a seleção dos pacientes (em total 20), eles foram convidados a participar das reuniões grupais semanais durante 4 semanas contínuas; destacando-se pela boa adesão e a motivação mostrada com o programa. Cada reunião teve como duração mínima uma hora e máxima 90 minutos, onde se aplicaram a abordagem cognitivo – comportamental e se fez uso de terapia de reposição de nicotina em alguns casos. Foi explicado que a equipe de saúde estaria atenta para acompanhar-lhes durante o processo de cessação e possíveis recaídas.

As quatro sessões estruturadas foram planejadas para serem realizadas uma vez por semana, as quintas-feiras de manhã.

Na primeira sessão o objetivo é que o paciente participante entenda porque fuma e como isto afeta sua saúde. Trabalha com a questão da ambivalência, momento no qual o usuário fica dividido se realmente deseja parar de fumar. Para isto cada um faz um questionário para refletir sobre as razões reais pelas quais quer parar, e começar a agir sobre esta decisão. Também são explicados os métodos existentes para deixar de fumar: Parada abrupta ou gradual, esta última como redução ou adiamento, e o participante precisa escolher um método e data definida a qual acontecerá, idealmente entre el 2º e 3º encontro.

Na segunda sessão, se ensina ao paciente a lidar como os primeiros dias sem o tabaco. Se discute a síndrome de abstinência e são dadas dicas para auxiliá-lo com o enfrentamento da fissura. São realizados os exercícios para o estresse e a ansiedade (de relaxamento).

Durante a terceira sessão, o fim vai ser discutir estratégias para vencer os obstáculos e permanecer sem fumar. São relacionadas as melhorias físicas e emocionais, além de salientar e parabenizar os passos dados (diminuição do número de cigarros fumados por dia, ou a cessação).

Na quarta sessão, é importante discutir os benefícios do parar de fumar, valorizando os benefícios obtidos e os que virão após parar de fumar. Enfatiza-se a prevenção das recaídas diferenciando-as dos lapsos.

As reuniões foram apoiadas por um funcionário da Secretária de Saúde do Município, do programa local do tabagismo, os agentes comunitários e as técnicas de enfermagem também fizeram parte das reuniões como colaboradoras na logística e o acolhimento.

O médico da unidade atua como líder do grupo auxiliado pela profissional de enfermagem na direção das reuniões e avaliações requeridas.

Na seguinte etapa da terapia longitudinal, haverá duas sessões quinzenais de terapia de manutenção, caracterizada por atenção individualizada onde se planejará individualmente a necessidade ou não da modificação das doses da terapia de reposição de nicotina, ou a introdução farmacológica ou abordagens complementares de tipo psicológico, nutricional, psiquiátrico, odontológico, de assistência social, pneumologista ou outros. Sempre se contará com o suporte do programa municipal do Tabagismo além estarmos abertos a novas terapias que

forem aceitas pelo Ministério de Saúde contando com o consentimento informado dos pacientes.

Caso de apoio medicamentoso serão acompanhados e avaliados durante o tratamento, no caso dos adesivos de nicotina de 6 até 14 semanas, e da bupropiona por até 12 semana, geralmente.

Atenção especial se dará aos pacientes com patologias crônicas associadas, sendo monitorados regularmente mediante avaliação clínica, com apoio nos exames complementares.

Complementarmente haverá um seguimento mensal de até um ano, sendo que a equipe estará sempre disponível de maneira flexível para cooperar com o sucesso do tratamento.

Todos os pacientes foram e serão monitorados quanto a peso e pressão arterial, em cada sessão, havendo qualquer anormalidade ou queixa, terá uma avaliação individual pelo médico (no mesmo dia do achado).

No caso de recaída, há possibilidade de serem inseridos em outro grupo (posteriormente iniciado, se o paciente quiser).

Para os participantes que não puderam permanecer na abordagem grupal, serão encaminhados e acompanhados em uma abordagem individual. Os que não compareceram ou abandonaram as sessões do grupo serão procurados e contatados pela equipe e rediscutindo estratégias de mudanças ou adaptações para estimular a continuação do tratamento, avaliando cada caso de maneira individual.

Após de 6 meses se abstinência dos participantes do grupo, a equipe de saúde os convidará a um lanche como fomento à abstinência.

Por outro lado, não pode ser esquecido o fato de involucrar a família e os amigos como padrinhos que servirão para auxiliá-los nos momentos de crise.

Adicionalmente, a equipe terá como objetivo chegar a outros públicos não incluídos no grupo, mediante a abordagem breve ou mínima promovendo as condutas saudáveis e o abandono do hábito de fumar (em geral), nas consultas médicas, os grupos de pacientes, e as visitas domiciliares.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Este projeto de intervenção conta com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde, e as escolas municipais do distrito da Posse.

3.4 Recursos Necessários

Para alcançar os objetivos desta intervenção utilizou-se os seguintes recursos: Material de escritório, cartazes, material do Ministério de Saúde (Manuais para participantes e para a equipe profissional), esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, balança para adultos, adesivos cutâneos (terapia de reposição de nicotina fornecidos pelo Ministério da Saúde), fármacos de primeira linha (se for necessário serão pedidos através da Secretaria de Saúde do Município).

Os recursos humanos compreendidos são: A equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde, profissionais do Programa do Tabagismo da Secretaria de Saúde do município.

3.5 Orçamento

Material	Custo
Material de escritório e xerocopias	R\$ 30,00
Lanches para as reuniões	R\$ 100,00

Total:	R\$ 130,00

3.6 Cronograma de execução

Fase: Pré- intervenção

Oct 2014	Nov 2014	Dez 2014	Jan 2015	Fev 2015
Reunião da equipe ESF (explicativa inicial)	Reunião da equipe ESF	Reunião da equipe ESF	Reunião da equipe ESF	Reunião da equipe ESF
Recolecção de dados estatísticos	Recolecção de dados estatísticos	Recolecção de dados estatísticos	Recolecção de dados estatísticos	Recolecção de dados estatísticos

3.7 Resultados esperados

Com este projeto de intervenção espera-se estabelecer de maneira definitiva um programa de acompanhamento apoio à cessão do tabagismo eficaz que siga as diretrizes do Ministério da Saúde, e como consequência diminuir significativamente as doenças associadas ao fumo além de se incentivar hábitos saudáveis na população rural (contando com os recursos locais). Espera-se também conhecimento da existência do programa por parte da população além da adesão, evitando grandes deslocamentos a distritos e municípios vizinhos por parte das pessoas cobertas pelo programa.

3.8 Avaliação

Instrumentos de avaliação:

- Avaliação clínica-médica, imagiológica (radiografia de tórax) e laboratorial (história clínica).
- Planilha de avaliação da abordagem intensiva ao fumante (INCA – Ministério da Saúde), ver anexo.
- Índice de saúde do Distrito da Posse (Doenças oncológicas, doenças respiratórias, doenças cardíacas e infecciosas).
- Inquéritos (na população local) pelo menos 1 ano após a execução do programa.

Variáveis a serem avaliadas especificamente nos pacientes do programa na abordagem intensiva grupal:

- Situação dos pacientes ao longo das sessões estruturadas: Fumando, não fumando, não compareceu.

- Frequência de comparecimento dos pacientes nas sessões grupais estruturadas.
- Situação do paciente ao final do ano de acompanhamento (Fumante ou não).
- Necessidade de recursos medicamentosos ou de outras intervenções como adjuvantes no tratamento.
- Avaliação clínica-médica, imagiológica (radiografia de tórax) e laboratorial (história clínica), após o primeiro ano de acompanhamento pela equipe de saúde.

Resultados preliminares: Foram registrados neste estudo 465 adultos fumantes autodeclarados, dos 2684 adultos cadastrados na área de abrangência da UBS Posse (n=3449) nesta amostra de tabagistas, em sua maioria foram pacientes do sexo masculino 265 (57%), 349 (75%) pessoas tinham como escolaridade o ensino fundamental incompleto, 93 (20%) eram não alfabetizados e 5%, ou seja, 23 pessoas estudaram o ensino médio completo, nenhum deles tinha estudos superiores (universitários), a respeito da vontade para parar de fumar 70% (326 pessoas) manifestaram que “querem parar”. Foram incluídos no grupo piloto 15 pessoas, os quais serão acompanhados e avaliados durante um ano.

4. CONCLUSÃO

Este projeto contribuiu para ampliar os serviços médicos de cuidado, promoção e prevenção em saúde em uma unidade rural de atenção básica adstrita à Estratégia Saúde da Família do município de Petrópolis.

A equipe e o médico da Estratégia Saúde da família têm um papel importante no desenvolvimento de grupos de tratamento antitabagismo, pois as diferentes classes de dependências que gera a nicotina fazem com que muitas pessoas não consigam parar de fumar pela sua própria conta e procurem serviços de saúde e profissionais capazes de acompanhá-lhes nesta mudança de comportamento.

Salientou-se o fundamental da dedicação da equipe e a sua disponibilidade para os pacientes que procurem ajuda para parar de fumar.

Encontrou-se como limitação, o tempo por parte da equipe pois no contexto da atenção básica se acumulam diversas funções que podem sobrecarregar de trabalho aos profissionais, embora a equipe mostrou-se consciente da importância desde projeto.

Acredita-se que este seja o primeiro passo, mesmo que modesto para se tornar em um ou dois anos a Unidade de Atenção Básica em uma “unidade anti-fumo”, acrescentando outras medidas de prevenção em outros alvos não contemplados neste trabalho inicial, como o caso dos adolescentes na escola, os idosos e as gestantes, espaços sem fumo, por exemplo.

REFERÊNCIAS

Artigos em periódicos:

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. I Encontro de Consenso sobre tratamento e abordagem do fumante. Rio de Janeiro. Ago, 2001.

DIFRANZA, J.R. et. al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: The DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. V. 156, n. 4. P. 397-403. Abr, 2002.

Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=191739>

DIFRANZA, J.R. et. Al. Neuroadaptation in nicotine addiction: update on the sensitization-homeostasis model. Brain Sciences. V.2. P. 523-552. Out, 2012.

Disponível em: www.mdpi.com/2076-3425/2/3/523/pdf

DIFRANZA, J.R. et. Al. Tobacco dependence in light smokers. Nicotine & tobacco reaseach. V. 11, n. 9. Ago, 2009.

Disponível em: <http://ntr.oxfordjournals.org/content/11/9/1122.full.pdf>

DUARTE, RS, et. al. Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. Revista Brasileira de Família e Comunidade. V. 9, n. 33. P. 385-390. 2014.

Disponível em: www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/708/667

MIRRA, AP. et. Al. Diretrizes clínicas na saúde suplementar: Tabagismo. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. N. 69. 2011.

Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/tabagismo.pdf

PBERT, L. et al. State of the art office based interventions to eliminate youth tobacco use: the past decade. Pediatrics. V. 135, n. 4. P. 734-747. Abril, 2015.

Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/4/734.full.pdf>

PIETROBON, R.C. Et. Al. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. Artigo de revisão. Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre. V.27, n. 3. Dez, 2007.

Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/461/1647>

REICHERT, J. et. Al. Diretrizes para cessação do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia. V. 24, n. 10. P. 845-880, 2008.

Disponível em: www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=817

REICHERT, J. Tratamento farmacológico do tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Revisão 3. 2007.

Disponível em: <http://sbpt.org.br/revisao-3-tratamento-farmacologico-do-tabagismo>

SILVA, P. E. R. Et. Al. As principais doenças associadas ao tabaco e o tratamento medicamentoso no combate à dependência pelo Sistema Único de Saúde. Revista Saúde e Meio Ambiente. V.3, n. 1. P. 51-58. Jan/Jun, 2014.

Disponível em: www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/download/537/429

SZUPSZYNSKI, K. P. R; OLIVEIRA M.D. O modelo Transteórico no tratamento da dependência química. Revista Psicologia: Teoria e prática. V. 10, n I. P. 162-173. Jun, 2008.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012&lng=pt&nrm=iso

Livros:

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentos e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre saúde e nutrição: perfil da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília. INAN, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso: Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro. MS/INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Como vencer os

obstáculos para permanecer sem fumar (Manual do participante). 2 Edição. 2 Reimpressão. Sessões 1,2,3 e 4. Rio de Janeiro. INCA, 2011.

Disponível

em:

bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 -2022. Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilâncias e Agravos e Doenças não-transmissíveis e Promoção da Saúde (DEV-DANT-PS). Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Conprev. Deixando de fumar sem mistérios. Rio de Janeiro. MS/ INCA, 2004.

DSM V. Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais. American Psychiatric Association. 5 Edição. Editora Artmed, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. Instituto Nacional do Câncer. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. PETab. IBGE. Rio de Janeiro, 2009.

LONGO, D. L. et al. Manual de Medicina Harrison. 18 edição. Editora McGrawHill – Artmed, 2013.

MANSUR, C.G. Psiquiatria para o médico generalista. P. 129-155. Porto Alegre: Editora Artmed, 2013.

Jornais:

LABOISSIERE, P. Brasil recebe prêmio internacional pelo controle ao tabagismo. Agência Brasil. Brasília. Março 18 de 2015.

Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/brasil-recebe-premio-internacional-por-acoes-de-controle-do-tabagismo>

Leis/portarias/resoluções

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília. 2013.

Internet:

BRASIL. INCA. Políticas antitabagismo no Brasil já salvaram mais de 400 mil vidas. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/politicas_antitabagistas_ja_salvaram_mais_de_400_mil_vidas_brasil (capturado em maio 10 de 2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel afirma que percentual de fumantes no Brasil cai mais uma vez (capturado em maio 10 de 2015). http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/percentual_fumantes_brasil_cai_mais_uma_vez_vigitel

BRASIL. Tabnet –datasus. Cadernos de informações de Saúde, Rio de Janeiro. <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm> (Capturado em abril de 2015)

OMS. GATS (Global Adult Tobacco Survey). www.who.int/tobacco/surveillance/en/ (capturado em maio 10 de 2015).

OMS. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> (capturado em maio 10 de 2015).

OMS. World No tobacco Day 2015: Stop illicit trade of tobacco products www.who.int/tobacco/en/ (capturado em maio 10 de 2015).

ANEXOS

Anexo 1

Critérios diagnósticos do DSM IV
<p>a. Consumo da nicotina diário por semanas</p> <p>b. Apresentação dos seguintes sintomas com a interrupção súbita ou redução acentuada do consumo de nicotina por 24 horas ou mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estado disfórico ou depressivo - insônia - irritabilidade - ansiedade - dificuldades de concentração - inquietude - diminuição da frequência cardíaca - aumento do apetite e/ou do peso <p>c. Os sintomas descritos no critério b provocam mal-estar clinicamente significativo, com deterioração social, laborativo ou em outras áreas importantes da atividade do indivíduo</p> <p>d. Os sintomas não se devem a doença clínica, nem se explicam pela presença de outro transtorno mental</p>

Anexo 2

Teste de Fagerstrom
<p>1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?</p> <p>Após 60 minutos: 0 ponto Entre 31 e 60 minutos: 1 ponto</p> <p>Entre 6 e 30 minutos: 2 pontos Nos primeiros 5 minutos: 3 pontos</p> <p>2. Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?</p> <p>Não: 0 ponto Sim: 1 ponto</p> <p>3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?</p> <p>Qualquer um: 0 ponto O primeiro da manhã: 1 ponto</p> <p>4. Quantos cigarro você fuma por dia?</p> <p>Menos que 10: 0 ponto Entre 11 e 20: 1 ponto Entre 21 e 30: 2 pontos Mais que 31: 3 pontos</p> <p>5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?</p> <p>Não: 0 ponto Sim: 1 ponto</p> <p>6. Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado a maior parte do dia?</p> <p>Não: 0 ponto Sim: 1 ponto</p> <p>Pontuação: 0 a 4: Dependência leve 5 a 7: Dependência moderada 8 a 10: Dependência grave</p>

Anexo 3

Fonte: -Diretrizes para a cessação do Tabagismo - 2008 - Abordagem de grupos específicos -J Bras Pneumologia. v.34, número 10, p. 859 - 869 - Outubro 2008

História tabagística

Idade de início, número de cigarros fumados por dia, tentativas de cessação, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho) e fatores associados (café, após refeições, falar ao telefone, bebida alcoólica, ansiedade e outros).

Grau de dependência

Teste de Fagerström para dependência à nicotina (FTND).

Grau de motivação

Modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente. Atividade física habitual e oscilações do peso corporal.

Sintomas

Tosse, expectoração, chiado, dispnéia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios.

Investigação de co-morbidades

Doenças passadas ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento: lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos mentais, uso de álcool ou outras drogas, doenças respiratórias, epilepsia, acidente vascular encefálico, doenças dermatológicas, câncer, doença renal ou hepática, anorexia nervosa, bulimia, história de convulsão, entre outras.

Medicamentos em uso

Levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO, carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoina, antipsicóticos, teofilina, corticosteróides sistêmicos, pseudo-efedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros.

Alergias

De qualquer etiologia, como cutâneas, respiratórias e a medicamentos.

Situações que demandam cautela

Principalmente às relacionadas ao uso de apoio medicamentoso, como gravidez, amamentação, IAM ou AVE recentes, arritmias graves, uso de medicamentos psiquiátricos e outras situações. Cautela também com adolescentes e idosos.

Antecedentes familiares

Avaliar problemas de saúde familiares, principalmente se relacionados a tabagismo.

Exame físico

Sempre completo, buscando sinais que possam indicar existência de doenças atuais ou limitações ao tratamento medicamentoso a ser proposto.

Exames complementares

Radiografia de tórax, espirometria pré e pós-broncodilatador, ECG. No sangue: hemograma completo e bioquímica. Medidas do monóxido de carbono no ar expirado e da cotinina (urinária, sérica ou salivar) são úteis na avaliação e acompanhamento do fumante e devem ser utilizadas, quando disponíveis.

Anexo 4. Teste: Tipo de dependência e relação com o cigarro.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. 2. Edição. Reimpressão. Manual do Participante. Sessão 1.P. 4-5. Rio de Janeiro. INCA. 2007.

Faça seu teste

1. É muito difícil para você ficar 12 horas sem fumar?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2. Você tem um desejo intenso e compulsivo ("fissura") por cigarros?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3. Você sente necessidade de fumar pelo menos um certo número de cigarros por dia?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4. Você frequentemente se encontra fumando sem ter percebido que havia acendido um cigarro?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5. Você associa o ato de fumar com outros comportamentos tais como tomar café ou falar ao telefone?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6. Você já passou, por acaso, um dia inteiro sem fumar?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7. Você fuma mais depois de ter uma discussão com alguém?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8. Fumar é um dos prazeres mais importantes da sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9. O pensamento de nunca mais fumar o torna infeliz?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

4

Corrigindo o teste

Se nas perguntas

1 2 3

você respondeu SIM a duas ou três delas, está **fisicamente dependente** de cigarros.

Se nas perguntas

4 5 6

você respondeu SIM a duas ou três delas, está **fazendo associações de comportamentos** envolvendo o ato de fumar.

Se nas perguntas

7 8 9

você respondeu SIM a duas ou três delas, está **psicologicamente dependente** de cigarros.

Muitos fumantes verificam que respondem SIM à maioria das perguntas e que estão dependentes física e psicologicamente do cigarro, além de fazerem associações de comportamento. Se esse é o seu caso, não se desespere: você não está sozinho. Procure determinar qual dos aspectos do tabagismo é o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar. Considere as informações a seguir.

5

Anexo 5.

Fonte: Diretrizes para a cessação do Tabagismo - 2008 - Abordagem de grupos específicos - J Bras Pneumologia. v.34, número 10, p. 859 - 869 - outubro 2008

Fatores Dificultadores

- Depressão
- Insegurança quanto à auto-eficácia
- Oportunidades reduzidas
- Convivência rotineira com jovens fumantes
- Redução da importância dada aos benefícios da cessação
- Superação do balanço decisório
- Síndrome de abstinência à nicotina
- Menor requisição social e médica para deixar de fumar
- Menor procura por serviços de saúde médicos e odontológicos
- Maior risco de interações medicamentosas
- Maior grau de dependência

Preditores do sucesso

- Presença de companheiro (a) não-fumante
- Internação hospitalar por doença relacionada ao tabaco recente
- Alto grau inicial de motivação para deixar de fumar

Anexo 6: Tabela de acompanhamento/ Avaliação utilizada durante a execução do programa. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer – Abordagem intensiva ao fumante (Ministério da Saúde - INCA).

Ministério da Saúde - Coordenação																					
Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores																					
Nome da		Município: Petrópolis										UF: R									
Período:		Mês		Mês		Ano															
Nome Completo do Paciente	Sexo	Data de Nascimento	Escore no teste de	Data da primeira sessão estruturada	Medicamentos Utilizados por este paciente neste Tratamento				Situação do Paciente nas Sessões Estruturadas								O paciente participou de	Data em que deixou	Data do último contato	Situação	
					Nenhuma	Adesivo de Nicotina	Goma de Nicotina	Bupropiona	1ª		2ª		3ª		4ª						
									F	N	F	N	F	N	F	N				F	N

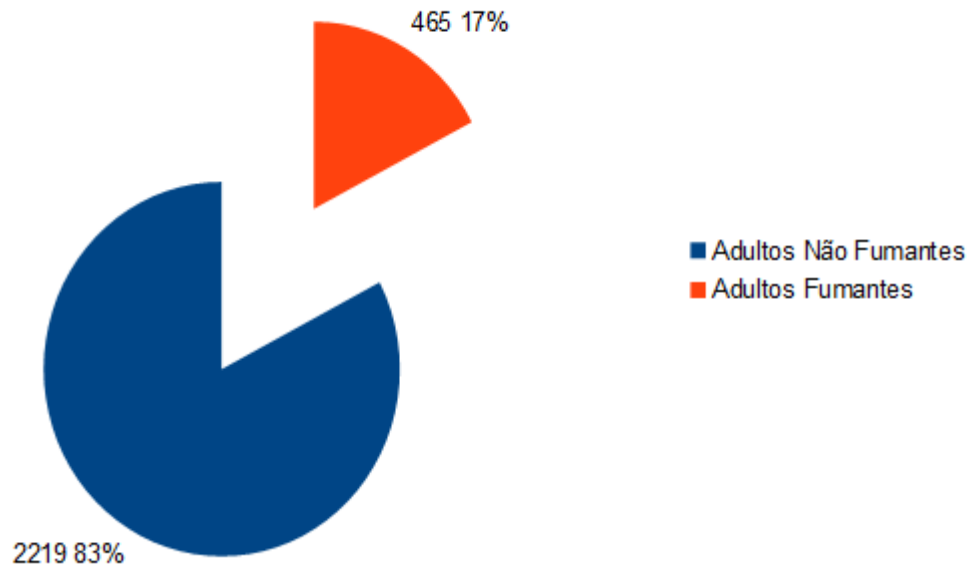
LEGENDAS: F= FUMANDO NF= NÃO FUMANDO NC= NÃO COMPARECEU

Instruções para preenchimento:

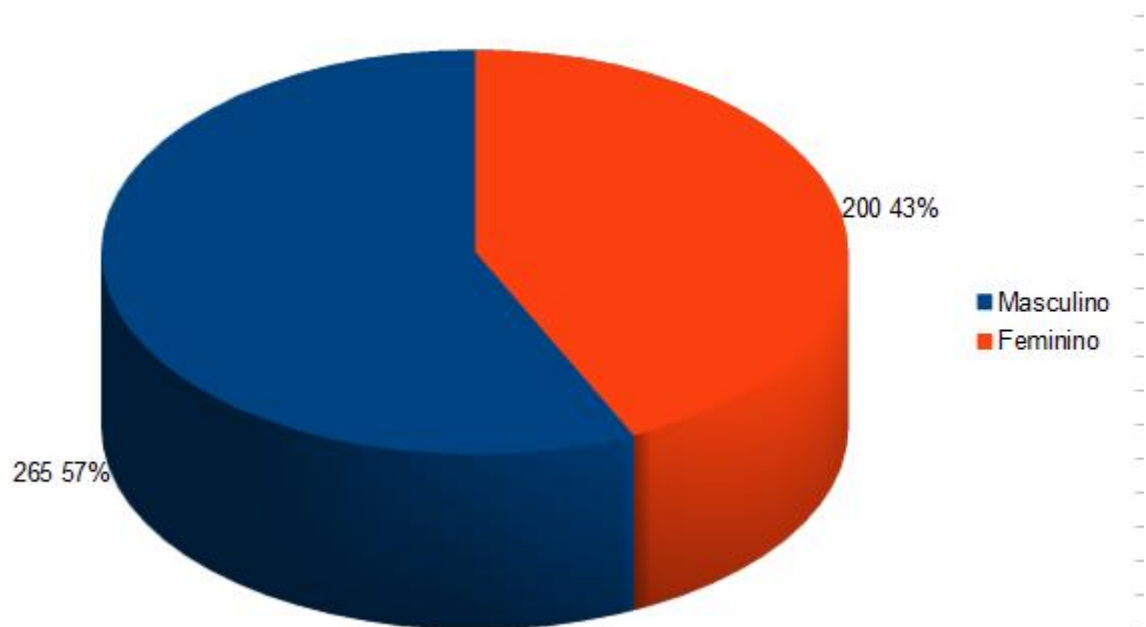
1. Tal instrumento deve ser preenchido para cada paciente que é atendido no Programa ajudando seu paciente a deixar de fumar - Abordagem Intensiva - nesta unidade, durante o período especificado acima. Mas atenção: caso o paciente inicie o tratamento em um período, e continue no período seguinte, ele deverá constar novamente neste registro. Exemplo: Sr. João iniciou o tratamento em junho, participando de 2 sessões estruturadas. O seu nome constará na planilha equivalente ao período de janeiro a junho. Entretanto o tratamento continua em julho. Então o nome dele deve constar novamente na planilha de julho a dezembro do mesmo ano. Ainda que ele não compareça às sessões, seu nome deve constar como faltoso. Desse modo teremos registro de seu acompanhamento por todo o processo.

2. Nos campos "Medicamentos utilizados...", "Situação do paciente nas sessões..." e no último contato" só é necessário marcar um X.

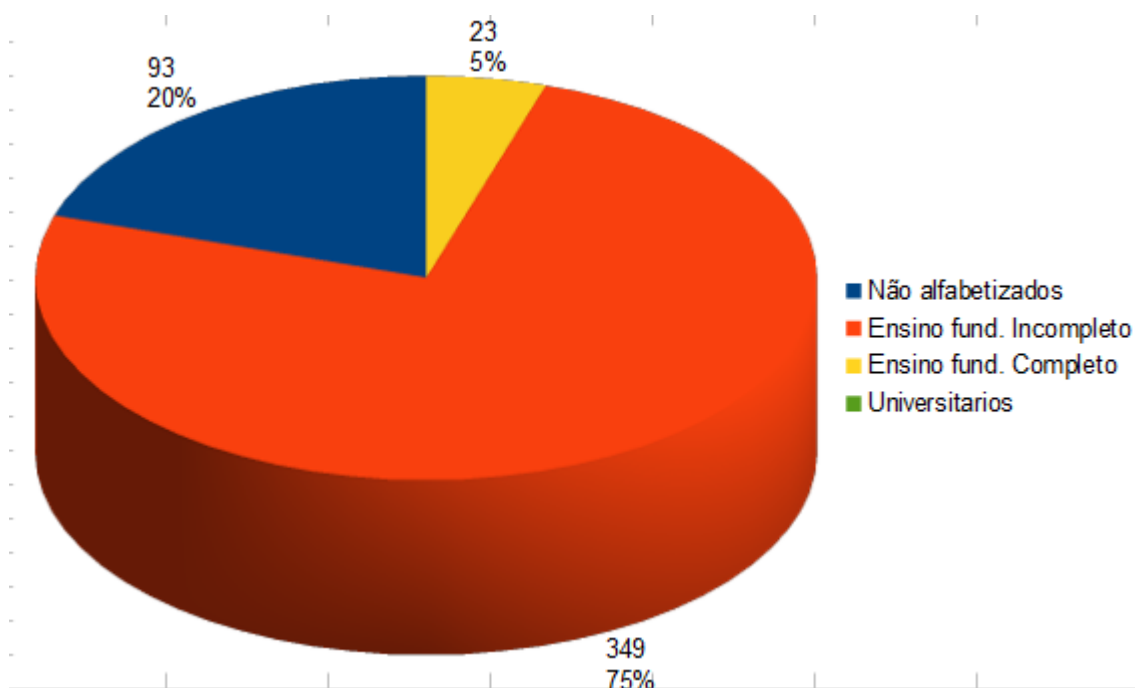
Anexo 7: População adulta fumante da Posse



Anexo 8: Distribuição dos adultos fumantes segundo a variável: sexo



Anexo 9: Distribuição dos adultos fumantes segundo a variável: escolaridade



Anexo 10. Desejo de parar de fumar (na população adulta fumante autodeclarada).



Anexo 11. Distribuição dos adultos fumantes por faixas etárias:

